**Salgın Hastalıklarla Mücadelede Devlet Müdahalesi ve Kovid-19’dan Sonra Sağlığı “Küresel Kamusal Mal” Olarak Yeniden Düşünmek**

**Duygu Dündar Öztaşçı[[1]](#footnote-1)**

**Giriş**

Kamu sektörünün müdahale gerekçeleri genellikle piyasa başarısızlıkları teorisi ile açıklanmaktadır. Sağlık sektöründe müdahale gerekçelerinden birini de piyasa başarısızlıkları oluşturmaktadır. Piyasa başarısızlıkları, eksik rekabet, kamu malları, dışsallıklar, eksik ya da aşırı üretim, eksik bilgi, işsizlik ve diğer makroekonomik sorunlar olarak ifade edilebilir (Stiglitz and Rosengard, 2015; 93). Piyasanın Pareto etkinlikten uzaklaşmasına neden olan söz konusu piyasa başarısızlıkları olmasa da hükümet müdahalesi için iki önemli gerekçe daha vardır. İlki, piyasa ekonomisinden ortaya çıkan gelir dağılımının sosyal olarak eşit olmayabileceği; ikincisi ise bir bireyin kendi refahı hakkında karar verirken sahip olduğu algılarının, refah yargılarında bulunmak için uygun olmayan veya yetersiz bir kriter olabileceği (Stiglitz and Rosengard, 2015; 271).

Özellikle koruyucu sağlık hizmetlerinin sahip olduğu pozitif dışsallıklar ve bulaşıcı hastalıklar gibi durumlarda ortaya çıkan negatif dışsallıklar, sağlık sektörüne kamu müdahalesinin gerekçeleri arasında yer alan piyasa başarısızlıklarıdır. Piyasa sektöründen ön koşul olan karlılık sağlanamazsa hizmetin eksik üretimi söz konusu olabilir ve bu durumda yeterli gelire sahip olmayan bireyler bu hizmetlerden faydalanamaz. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri gibi temel sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından herkese eşit olarak sağlanması, kamu yararınadır. Sosyal ve ekonomik açıdan düzenin ve devamlılığın sağlanması, toplumu oluşturan sağlıklı bireylerin varlığına bağlıdır.

Devletin sağlık sektörüne müdahalesinin en önemli gerekçelerinin başında gelir eşitsizliği gelmektedir. Çünkü herhangi bir birey, geliri yetmediği için sağlık hizmetlerinin faydasından dışlanamaz. Özellikle de tedavi edilmediğinde için toplumun geri kalanını da tehdit eden bulaşıcı hastalıklar durumunda devlet müdahalesi kaçınılmazdır. Ayrıca uluslararası belgeler tarafından temel insan haklarından biri olarak kabul edilen sağlık hakkı, sosyal güvenlik hakkında olduğu gibi devlet tarafından güvence altına alınmalıdır. Sağlığı temel insan hakları arasında sayan ilk uluslararası belge olan ve 1948’de kabul edilen “İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin” 25. Maddesinde “*Herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı vardır.”* ifadesi yer almaktadır.

İçinde bulunduğumuz ve küresel bir salgın olan Kovid-19 salgını ile mücadele sürecinde devletlere önemli roller düştüğüne şahit olmaktayız. Bu nedenle izleyen bölümde salgın hastalıklarla mücadelede devlet müdahalesi ele alınacak olup, salgın hastalık durumunda ortaya çıkan piyasa başarısızlıkları açıklanacaktır. Ayrıca devletin salgın hastalıklarla mücadeledeki rolünün çerçevesini belirleyen temel ilke ve bu ilkelere göre yürütmesi gereken faaliyetler açıklanacaktır.

1. **Salgın (Bulaşıcı) Hastalıklarla Mücadelede Devlet Müdahalesi**

Salgın (bulaşıcı) hastalıklar, bir kişiden diğerlerine bulaşabilecek her türlü hastalığı kapsamaktadır. Yani bu hastalıklar sadece bir kişi için değil, toplumun tamamı için bir risk unsurudur. Tüm toplumu tehdit eden böyle bir riskin önlenmesi, kontrol altına alınması ve tedavi edilmesine yönelik çabalar, toplumun tamamına fayda sağladığı için bulaşıcı hastalık riskine karşı alınan önlemler “kamu yararı” niteliği kazanmaktadır (Lee ve Owen, 2008; 48).

Bulaşıcı hastalıklar belirli bölgede ortaya çıkabileceği gibi bir ülkenin tamamına ya da birden fazla ülkeye de yayılabilmektedir. Belirli bir bölgede, bir toplumda ya da bir grup insanda yaygınlaşan salgın hatalıklar “**epidemi**” olarak adlandırılırken, bölge ve gruplar üstü coğrafi bir salgın söz konusu ise “**pandemi**” olarak adlandırılmaktadır (birgun.net). Başka bir ifade ile **pandemi,** “*Dünya çapında veya çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın”* olarak tanımlanabilir (Kelly, 2011). Bir hastalığın pandemi ilan edilmesi, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılmaktadır ve pandemi olarak tanımlanabilmesi için üç kritere sahip olması gerekir (birgun.net):

1. Yeni bir virüs olması ,
2. İnsanlara kolayca bulaşabilmesi,
3. İnsandan insana kolay ve sürekli bir şekilde bulaşması.

Yani bir hastalığın, pandemi olabilmesi için çok sayıda insanı ölümüne sebep olması ve yaygın görülmesi yeterli olmayıp bulaşıcılık özelliği de olmalıdır. Söz konusu kriterlere sahip olan Kovid-19 salgını da WHO tarafından 11 Mart 2020’de pandemi olarak ilan edilmiştir (who.int).

Bulaşıcı hasatlıkların yayılmasını önlemek için alınan önlemlerin faydası, bir kamu malı özelliği göstermekte ve faydasından kimsenin dışlanması ya da bir diğerine rakip olması söz konusu değildir. Kamu mallarının üretiminin piyasaya bırakılması halinde bazı piyasa başarısızlıkları nedeniyle eksik üretim sorunu oluşacaktır. Bulaşıcı hastalıklarla ilgili birçok malın eksik üretilmesine yol açan bazı piyasa başarısızlıklarını şu şekilde sırlamak mümkündür (Lee ve Owen, 2008; 48-49):

* Bireylerin bu tür mallara yatırım yapmaları için çok az teşvik vardır. Bir hasatlık gözetim sisteminin faydasından kimse dışlanamaz, ödeme yapsa da yapmasa da,
* Bağışıklık kazandırma programı gibi bazı işlevler piyasaya bırakıldığında “bedavacılık sorunu (hizmet maliyetine katlanmaya gönüllü olmadığı halde, faydasından dışlanamaması)” oluşabilir,
* Sınırlı sayıda bireyi ya da dezavantajlı nüfusu etkileyen birçok bulaşıcı hastalık, yeterli ekonomik getiriyi sağlamayacağı için piyasayı harekete geçiremeyecektir. Bu hastalıklara, kamunun müdahale etmesi gerekmektedir.
* Toplumdaki bazı bireysel ya da kolektif davranışlar, olumsuz dışsallık yayarak bulaşıcı hastalıklardan kaynaklı riskleri artırabilir. Bu tür davranışların en aza indirilmesi için hükümetler düzenleyici tedbirler alabilir.
* Eylem, bireysel faydadan çok toplumsal faydaya yol açıyorsa, hükümetlerin tüm bireylerde maliyetleri bir araya getirmesi gerekebilir. (Örneğin, bir hastalık gözetim sisteminin maliyeti tüm topluma yayılabiliyorsa, topluma sağladığı genel fayda maliyetinin çok üstündedir).

Genel olarak kamu mallarının üretimi, sadece piyasaya bırakıldığında yetersiz üretim oluşacak ve devletin müdahale etmesi gerekecektir. Ancak devlet müdahalesi sadece piyasa başarısızlıkları ile gerekçelendirilmemektedir. Ayrıca, hastalar ve sağlık hizmeti sunucuları arasında hastalar aleyhine eksik bilginin söz konusu olması, hastalık gözetim sistemleri, aşılar vb. olumlu dışsallıklara sahip kamu mallarının varlığı, hastalar açısından oluşabilecek ters seçim ve ahlaki tehlike gibi sorunların varlığı da devletin sağlık hizmetleri sunumuna müdahalesinin gerekçelerini oluşturmaktadır. Sağlık sorunları hakkında bilgi sahibi olmayan hastalar, kendi adlarına sağlıkla ilgili ve tıbbi kararlar almaları için sağlık profesyonellerine güvenirler. Hastalar, hekimlerin kararlarının ve eylemlerinin yeterliliğini değerlendirmek ve klinik hizmetlerin çevresel ve kişilerarası yönlerine, yani en iyi değerlendirebilecekleri unsurlara odaklanmak konusunda yetersizdir. Toplu aşılama, çevre sağlığı faaliyetleri, sağlık eğitimi ve teşviki, sürveyans, sınırlarda bulaşıcı hastalıkların kontrolü vb. gibi kamu malları olarak adlandırılan bazı önemli sağlık hizmetleri, özel hizmet sunucular için karlı değildir ve esas olarak hükümetler tarafından sağlanmaktadır (WHO, 2006; 4).

Devletin, bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesi kamu malına ilişkin rolü, farklı politikalar birleşiminden oluşsa da altı temel ilkeyi ve bu ilkelerin gerçekleştirilebilmesi için gerekli faaliyetleri bünyesine barındırması gerekmektedir. Altı temel ilke ve bu ilkelerin gerçekleştirilmesine yönelik faaliyetler Tablo 4.1’de açıklanmaktadır.

**Tablo 1.1 Salgın Hastalıklarla Mücadelede Devletin Rolü: Temel İlke ve Faaliyetler**

|  |  |
| --- | --- |
| **İLKELER** | **FAALİYETLER** |
| Gözetim ve Raporlama | -Epidemiyolojik eğitim ve denetimin sağlanması  -Sürveyans (gözlem) standartlarının geliştirilmesi  -Hastalık eğilimlerinin coğrafi ve zamansal olarak izlenmesi  -Yeni hastalık tehditlerinin tanımlanması ve salgınların tespiti  -Şüpheli ve teyit edilmiş vakaların, yerel, ulusal, bölgesel ve küresel düzeylerde ilgili makamlara bildirilmesi  -Uygun önleme ve kontrol tedbirlerinin tasarımı  -Müdahalelerin etkinliğinin değerlendirilmesi |
| Kapsamlı Acil Durum Planlaması | -Büyük salgınlarla başa çıkmak için olay planının geliştirilmesi ve uygulanması  -Salgının ilan edilmesi, salgın kontrol ekibinin oluşturulması ve kontrol faaliyetlerinin başlatılması için protokollerin kabul edilmesi  -Salgın (mihrak) ekibi üyelerinin ve diğer ilgili organların görev ve sorumluluklarının belirlenmesi  -Kaynak mobilizasyonu için düzenlemeler  -Salgın kontrol ekibi ve halkla iletişim için düzenlemeler  -Salgın olaylarından sonra olay planının değerlendirilmesi |
| Net Komut ve Kontrol Yapıları | -Atılması gereken ilk adımlar için karar ve eylemleri yönetecek operasyonel komuta ve kontrol yapıları  -Kaynak elde etme ve tahsis etme önceliklerini belirlemek, genel müdahaleyi planlamak ve koordine etmek için ustaca planlanmış komuta ve kontrol yapıları  -Stratejik hedefler ve genel yönetim çerçevesi oluşturmak, uzun vadeli kaynak ve uzmanlık sağlamak için stratejik komuta ve kontrol yapıları  -Uygun bir halk sağlığı müdahalesi sağlamak için gerekli yasal çerçevenin oluşturulması |
| Entegre (Bütünleştirilmiş) Müdahale | -Yerel, ulusal, bölgesel ve küresel düzeylerde kombine ve koordineli bir müdahale sağlamak için çeşitli kuruluşlar ve sağlık sistemi düzeyleri arasındaki ilişkilerin gözden geçirilmesi |
| Yeterli Dalgalanma Kapasitesi | -İzolasyon ve enfeksiyon kontrolü tesisleri de dahil olmak üzere sağlık sisteminin birinci ve üçüncü seviyelerinde yetersiz tesislere yatırım yapılması  -Gerekli klinik uzmanlık ve becerilere sahip personelin işe alınması ve eğitimi  -Bulaşıcı hastalık kontrol önlemleri konusunda diğer sağlık personelinin temel eğitimi |
| Şeffaf ve Etkili İletişim | -Topluma, açık, zamanında ve gerçek anlamda doğru bilgi verilmesi  -Medya ile çalışma konusunda üst düzey yetkililerin eğitimi  -Halk sağlığı konularında halk eğitim programının geliştirilmesi |

**Kaynak:** Lee ve Owen, 2008; 51.

Tablo 1.1’de yer alan temel ilkeler ve bu ilkelere bağlı faaliyetler, salgının kontrol altına alınması ve önlenmesi adına hükümetlere yol göstermekle birlikte, uygulamalar ülkeden ülkeye farklılaşmaktadır.

OECD (2020a), “*Hükümetler, korona virüsün ve ekonomik etkisinin üstesinden gelmek için hızlı ve güçlü bir şekilde hareket etmelidir*.” ifadesiyle küresel düzeyde sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan biri olmasına rağmen bu süreçte tek başına “hükümetlerin” rolünün önemi ortaya koymaktadır (s. 1). Ayrıca, enfeksiyonu ve bulaşmayı önlemek için etkili halk sağlığı önlemlerinin alınması, sağlık sistemlerinin ve çalışanlarının desteklenmesi, savunmasız sosyal grupların ve işletmelerin gelirlerini korumak için politikaların uygulanması gibi bir takım öneriler sunmaktadır. Söz konusu öneriler kapsamında sokağa çıkma yasakları, geçici seyahat yasakları gibi önlemlerin talepte neden olduğu düşmenin, salgın hafifledikten sonra geri kazanılması ve güven duygusunun canlı tutulması için destekleyici makroekonomik politikaların uygulanması tavsiye edilmektedir.

OECD’nin tavsiyelerinden de anlaşılacağı üzere Kovid-19 salgını hükümet müdahalesinin, hem sağlık alanında hem de sosyal ve ekonomik hayatın düzeni için önemini ortaya koymaktadır. Ancak özellikle de az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin, salgını kontrol altına almada başarılı olsalar bile aşı çalışmaları veya üretilen aşılara erişim açısından başarı sağlamaları oldukça zordur. Bu nedenle sağlık sektöründe devletlerin etkin rol alması tek başına yeterli olmayıp, hastaların tedavisi ve aşıya erişim sürecinde küresel çapta eşitliğin sağlanması uluslararası işbirliğini gerektirmektedir.

1. **Kovid-19 Krizi’nden Sonra Sağlığı “Küresel Kamusal Mal” Olarak Yeniden Düşünmek**

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından sağlık, “*Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu.” olarak tanımlanmıştır* (who.int). 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’un ikinci maddesinde ise “*Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir*.” şeklinde tanımlanmaktadır.

Sağlık, devletin olumlu bir müdahalesi ile gerçekleşen pozitif statü hakları içinde değerlendirilmektedir. Sağlık hakkı, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde “*herkesin kendisinin ve ailesinin sağlık ve refahı için beslenme, giyim, konut ve tıbbi bakım hakkı*”; Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi’nde, “*herkesin mümkün olan en yüksek seviyede fiziksel ve ruhsal sağlık standartlarına sahip olma hakkı*” olarak tanımlanmıştır (Bayındır, 2007; 552).

Faydasının tüm topluma yayıldığı ve bu faydadan kimsenin dışlanamadığı, fiyatlandırılamayan dolayısıyla da pazarlanamayan mallar **kamusal mal** olarak adlandırılmaktadır. Toplumun tamamını ilgilendiren bu malların faydasının bölünememesi ve bu mallara yönelik talebin açıklanmaması, ortak bir karar alma mekanizmasını gerektirmektedir. Bu ortak karar mekanizması da bütçedir. Yani kamusal mallar, faydası bölünemediği ve fiyatlandırılamadığı için toplumun ortak karar alma mekanizması olan bütçe tarafından üretilmesi gerekmektedir (Edizdoğan vd., 2017; 25). Ödeme yapmadan tüketilemeyen, faydasından mahrum kalınan ve bireysel fayda ile sınırlı olan mallar ise **özel mal** olarak tanımlanabilir.

Sağlık hizmetleri temelde özel mal özelliklerini taşırken, sahip olduğu dışsallıklar nedeniyle kamusal mal özelliklerini de taşımaktadır. Sağlık hizmeti sadece o hizmeti kullanan bireye fayda sağlıyorsa, tam özel mal; ancak faydası toplumu oluşturan tüm bireylere yayılıyorsa tam kamusal mal olarak nitelendirilmektedir (Akdemir ve Karakurt, 2009; 223).

Sağlıklı bireylerin toplumsal faydası yüksek iken aksi durumda ortaya çıkabilecek tehlikeler ve maliyetler tahmin edilemez boyutlara ulaşabilir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kamu sektörü tarafından üretilmesi kaçınılmazdır. Bunun yanı sıra fiyatlandırılmasının mümkün olması ve pazarlanabilir olması sağlık hizmetlerine, finansmanına yararlanan bireyleri de dahil ederek özel sektör tarafından üretilebilen “yarı kamusal mal” niteliği kazandırmaktadır (Altay, 2007; 35).

Kamusal malların tüm özelliklerini taşıyan ancak faydası belli bir bölgeye ya da ülkeye değil, tüm dünyaya yayılan mallar ise **küresel kamusal mal** olarak adlandırılmaktadır. Küresel kamusal malların iki temel özelliği, tüketiminden kimsenin dışlanamaması ve faydasının tüm dünyaya yayılması hatta sadece şimdiki nesilleri değil gelecekteki nesilleri de etkilemesidir (Gediz Oral, 2014; 80).

Hem özel hem de kamu malı özelliklerine sahip olan sağlığın, bulaşıcı hastalık durumlarında sınır ötesi bir risk faktörü olması, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrol faaliyetleri, sağlık hizmetlerinden dışlanmama ve tüketimde rakip olmama gibi özellikleri de taşıması, sağlığa küresel kamusal mal niteliği kazandırmaktadır (Yılmaz ve Yaraşır, 2012; 9).

Mevcut durumda tüm dünyayı etkisi altına alan Kovid-19 salgını, sağlığın küresel bir kamusal mal olduğunu ve salgın durumundaki negatif dışsallıkların tüm dünyayı nasıl hızlı bir şekilde etkileyebileceğini gözler önüne sermiştir. Salgının insan hayatı ve sağlığı açısından neden olduğu felaketler aynı zamanda sosyal ve ekonomik açıdan da büyük problemlere neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık, kendi başına bir amaç olmaktan ziyade sosyal ve ekonomik hayatın ayrılmaz bir parçası ve büyümenin de temel unsurudur. Sağlık hizmeti sağlama sorumluluğu temelde ulusal düzeyde bir sorumluluk olsa da küreselleşmeyle birlikte insan sağlığının korunması için gerekli araçlar da küresel bir niteliğe bürünmektedir (Yardım ve Parlak, 2020; 134).

1980’li yıllarda başlayan “sağlıkta reform” tartışmaları ile birlikte Uluslararası Para Fonu, Dünya Bankası ve Dünya Ticaret Örgütü gibi kurumların da liderliğinde, ulusal sağlık sistemlerinde bir dönüşüm başlamıştır. Sağlık hizmetlerindeki bu dönüşümün en önemli nedeni ise sağlık harcamalarının devletlere olan maliyetlerindeki artış olarak gösterilmiştir. Neoliberal ekonomi politikalarının etkili olduğu bu dönüşüm çabaları, sağlık alanında özelleştirme ve yerinden yönetim uygulamalarını beraberinde getirmiştir. Sağlık primi, katılım ve katkı payları gibi ödeme zorunlulukları getirilerek, sağlık hizmetleri maliyetinin finansmanına toplumu da dahil etmek hedeflenmiştir. Bu kapsamda alınıp satılabilen bir hizmete dönüşen sağlık hizmeti sunumu için müşterilerin nasıl yaratılacağı ve nasıl memnun edileceği sorunu önemli hale getirilmiştir (Erol ve Özdemir, 2018; 123-124).

Söz konusu reformlar birçok OECD ülkesinde sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu-özel ortaklığı modelinin benimsenmesini sağlamıştır. Refah odaklı sağlık sistemlerinde başlatılan ve özel hizmet arzını artırmayı amaçlayan birçok aktif özelleştirme politikasının bir sonucu olarak, hükümetler sağlık hizmeti sunumunda kamu-özel ortaklığını yönetme konusunda giderek daha fazla endişelenmektedir. Özelleştirme politikalarının finansman ve sağlık sunum sistemlerindeki etkisini inceleyen bazı araştırma sonuçlarına göre (WHO, 2006; 6):

* ABD'de kar amacı gütmeyen hastaneler ile kâr amacı güden hastaneler karşılaştırıldığında performans benzer bulunmuştur.
* Kanada'daki aşılama programlarının kapsamlı çalışması, kamu kurumlarının hesap verebilirlik, prosedürlerin standardizasyonu, aşı işleme uygulamaları, insan kaynakları kullanımı, kayıt yönetimi, maliyet vb. açılarından özel kurumlara göre daha avantajlı olduğunu ortaya koymuştur.
* California'da, yedi yerel vilayet hükümeti, daha fazla verimlilik elde etme umuduyla 1970'lerin sonunda kamu hastanelerini özel yönetime devretmiş ve birkaç yıllık denemenin ardından, yedi “özel yönetim sözleşmesinden” beşi, birim işletim maliyetlerinin azaldığına veya verimliliğin arttığına dair bir kanıt bulunamadığından feshedilmiştir.
* Küba'da, 1959 devriminden sonra, sağlık sisteminin özel sektörün hakimiyetinden neredeyse tamamen kamusal karaktere aniden dönüşmesi ve bunun hizmet sunumunda büyük bir artışla ve Kübalıların sağlık durumundaki olağanüstü iyileşmeyle ilişkili olarak, okuryazarlık da dahil olmak üzere bir dizi sosyal gelişmeleri beraberinde getirdiği tespit edilmiştir.
* Şili'de 1970'lerin askeri diktatörlüğü, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesini teşvik ederek hükümetin hizmet sunumuna katılımını azaltmış ve bunun sonucunda bir bütün olarak nüfus için beklenen yaşam süresi azalmasa da nüfusun yoksul kesimlerinin, sağlık hizmetlerine erişimi olumsuz etkilenmiştir.
* 1989 yılında dünya çapında sağlık hizmeti özelleştirmesinin genel bir değerlendirmesinin yapıldığı çalışmada, özelleştirmenin temel amacının bireysel tercihleri ​​genişletmek olduğu halde, “sağlık hizmetleri alanında gerçekten özgür seçime sahip olma lüksünün, sadece sanayileşmiş toplumlarda ayrıcalıklı tüketicilerden oluşan küçük bir grup” için bu amaca ulaşılabileceği ortaya konmaktadır.

WHO (2006) “hükümetin sağlığın gelişimindeki rolü” üzerine yayınladığı tartışma metninde sağlık sektöründe kamu-özel uygulamalarına yönelik bu araştırma sonuçlarını değerlendirdikten sonra,

“*Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesinin kavramsal ve metodolojik dersleri öğrenildikçe sarkacın kademeli olarak* ***daha fazla devlet kontrolüne geçeceği****, ancak böyle bir değişimin zamanlamasının çalkantılı bir dünyada daha büyük siyasi güçlere bağlı olacağı”* öngörüsünde bulunmuştur (s. 6).

Söz konusu çalkantılı dönem belki de içinde bulunduğumuz “*Kovi-19 pandemi dönemi”* olacak ve mevcut durumda da neredeyse tüm dünyada görüldüğü üzere sağlık sektöründe devlet müdahalesinin bir zorunluluk olduğu kabul görecektir. En azından bu salgın dünyaya, salgın hastalıkların tüm dünya için nasıl bir tehdit olduğunu ve hem sağlık alanında hem de sosyal ve ekonomik yaşamda ne denli büyük krizlere yol açabileceğini henüz salgının sonunu öngöremezken bile göstermektedir.

Kovid-19 salgını, sağlık hizmetlerinin sunumunda devlet ve toplum arasındaki ilişkiyi “müşteri” odaklı bir dönüşüme sürükleyen Neo-liberal politikaların haksızlığını kanıtlamıştır. Yani salgın temel insan haklarından olan sağlığın, piyasa mantığıyla değil kamu yararı göz önüne alınarak devlet tarafından güvence altına alınmasının ve hizmet sunumu ve finansmanının büyük ölçüde devlet tarafından gerçekleştirilmesinin önemini ortaya çıkarmıştır (Valiyeva, 2020; 395).

Salgın, sağlığın devlet tarafından güvence altına alınması gereken bir hak olması gerektiğinin önemini ortaya koymakla birlikte, küresel düzeyde de bir işbirliğinin önemine işaret etmektedir. Her ne kadar salgınla mücadele kapsamında her ülke kendi uygulamalarını hayata geçirse de salgına karşı tek başına başarıya ulaşması mümkün değildir. Çünkü salgını kendi sınırları içinde tamamen sona erdiren bir ülke, kapılarını kapatıp tüm dünyanın salgından arınmasını bekleyemez. Ülke ekonomilerinin iç içe geçtiği küresel ekonomik düzende her ülke, hatta sanayileşmiş ülkeler bile (çünkü ürettikleri malları satacak ve bu sayede üretimin sürekliliğini sağlayacak ekonomilere ihtiyaçları vardır) ekonomisini ayakta tutmak için diğer ülkelere muhtaçtır. Bu nedenle salgının hızlı bir şekilde tüm dünyada sona ermesi ve insanların sağlığına kavuşması, sosyal ve ekonomik hayatın devamlılığı açısından küresel bir çıkar haline gelmektedir.

Küresel düzeyde sağlık hizmeti sunan bazı uluslararası kuruluşlar: Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Gıda ve Tarım Örgütü (FAO), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı (UNDP) olarak sıralanabilir (Gediz Oral, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) anayasası sağlığı sosyal bir hak, sağlık hizmetini de kamusal bir hizmet olarak kabul etmektedir. Hastalık kontrol programlarında eşgüdümünün sağlanması, sağlık konularında uzman görüş belirlenmesi, aşı vb. biyolojik maddelerde standartlar konması, burslar verilmesi, sağlıkla ilgili yayınlar yapılması, ülkelere sağlık projelerinde maddi ve bilimsel destek sağlanması gibi görevleri vardır. Ayrıca afet ve salgın hastalıklar gibi olağanüstü durumlarda tüm ülkelere sağlık hizmeti sunmayı amaçlamaktadır (Gediz Oral, 2014; 86).

Kovid-19 gibi küresel bir salgın durumunda, başta Dünya Sağlık Örgütü olmak üzere, küresel düzeyde sağlık hizmeti veren diğer uluslararası kuruluşlara, küresel işbirliğini örgütlemek ve yönetmek gibi önemli görevler düşmektedir. Ancak ülkelerin de bu uluslararası kuruluşları desteklemesi ve işbirliğine gönüllü olması gerekmektedir. Özellikle Kovid-19 tedavilerine ve aşılarına erişimde küresel düzeyde eşitlik sağlanmadıkça salgının tüm ülkeleri tehdit etmeye devam edeceğinin farkına varmak ve sadece söz konusu salgın durumunda değil, tüm sağlık hizmetlerine erişim açısından küresel düzeyde eşitliğin sağlanması için mücadele etmek gerekmektedir. Lucchese ve Pianta (2020), sağlığın bir kamu yararı olduğunu savunup, Kovid-19 salgının sadece sağlık alanında bir krize neden olmayıp ekonomik bir krizi de tetiklediğini ve dünya ekonomisinin çalışma şeklini etkilediğini ifade etmiştir. Ve salgından en azından üç ders çıkarmamız gerektiği görüşündedir: (i) sağlık küresel kamusal bir maldır, (ii) refah devleti, piyasaya etkili bir alternatiftir ve (iii) refah devleti ve halk sağlığı, eşitsizlikleri azaltır.

Küresel çapta Kovid-19 araçlarına eşit erişimi hızlandırmak için başlatılmış olan, “*The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator*” salgınla mücadelede küresel işbirliğine gösterilebilecek en önemli örneklerden biridir. Dünya Sağlık Örgütü Genel Direktörü, Fransa Başkanı, Avrupa Komisyonu Başkanı ve Bill & Melinda Gates Vakfı, COVID'e Erişim Vakfı'nın ev sahipliğinde Nisan 2020'nin sonunda başlatılan bu işbirliği, hükümetleri, bilim adamlarını, işletmeleri, sivil toplum kuruluşlarını ve küresel sağlık kuruluşlarını[[2]](#footnote-2) kapsamaktadır. Kovid-19 araçlarına erişimi hızlandırıcı (ACT), teşhis, tedavi, aşılar ve sağlık sistemi olmak üzere dört temel faaliyet alanı üzerinden yürüttüğü çalışmalar ile dünya genelinde salgın kaynaklı ölüm oranını ve ağır hasta sayısını azaltmayı ve yakın vadede küresel olarak tam toplumsal ve ekonomik faaliyeti yeniden tesis ederek pandeminin sona ermesini hızlandırmayı hedeflemektedir. Bu araçların adil ve eşit bir şekilde dağıtılması için gerekli ilkeleri, çerçeveyi ve mekanizmaları geliştirerek, erişim ve tahsis iş akışını yönetmek ise DSÖ’nün görevidir (who.int).

Kovid-19 araçlarına erişimi hızlandıran bu araçlar kapsamında, Gavi[[3]](#footnote-3), CEPI[[4]](#footnote-4) ve WHO tarafından koordine edilen COVAX, çok çeşitli COVID-19 aşı adaylarının araştırma, geliştirme ve üretimini destekleyecek ve fiyatlarını müzakere edecek bir platform olarak kurulmuştur. Bu platform sayesinde gelir düzeylerine bakılmaksızın tüm katılımcı ülkeler, geliştirildiklerinde bu aşılara eşit erişime sahip olacaktır. İlk hedef, 2021 sonuna kadar yüksek riskli ve savunmasız insanları ve ön saflardaki sağlık çalışanlarını korumak için 2 milyar doz aşıya erişimi sağlamaktır (gavi.org).

Salgınla mücadelede her ne kadar hükümetlerin rolü ağırlık kazansa da küresel işbirliklerinin de yeri çok önemlidir. Özellikle de az gelişmiş ülkeler açısından sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, küresel işbirliğini gerektirmektedir. Stiglitz (2012)’in ifadesiyle, küreselleşmeyi küresel eşitlik ve verimliliği artıracak şekilde yeniden düzenlemek mümkün (s.357). Salgından çıkarılabilecek belki de en önemli ders (who.int): “*Herkes güvende olana kadar kimse güvende değil*”.

1. **Kovid-19 ile Mücadelede Almanya ve Türkiye Tarafından Alınan Mali Önlemler**

Londra merkezli yapay zeka ve veri analizi şirketi Deep Knowledge Group, ülkelerin Kovid-19 ile mücadele kapsamında aldığı önlemlere ilişkin verileri analiz ederek sonuçları karşılaştırmalı olarak paylaşmaktadır (tr.euronews.com). Şirket karantina verimliliği, hükümet politikalarının verimliliği, izleme ve tespit, sağlık hizmetlerine hazırlık, ülke güvenlik açığı ve acil durum hazırlığı olmak üzere altı kritere göre veri analizi yapıp 250 ülkeyi her kriter açısından puanlandırarak ülkeleri, toplam puanlarına sıralamaktadır (dkv.global).

Söz konusu araştırma sonuçlarına göre (24 Ağustos 2020’de yayımlanan sonuçlara göre), ilgili kriterler sonucu en yüksek puana sahip ilk beş ülke sırasıyla, Almanya, Yeni Zelenda, Güney Kore, İsviçre ve Japonya iken Türkiye 36. sırada yer almakta ve Polonya (37), İtalya (43), Rusya (45), İsveç (49) ve Fransa (54) gibi birçok Avrupa ülkesinden daha iyi durumdadır. Salgın başlangıcında gevşek politikaları ile dikkat çeken ABD ise 55. sırada yer alırken Güney Amerika, Orta Doğu ve Afrika ülkeleri, sıralamanın sonlarında yer alan ülkelerdir (dkv.global).

Salgınla mücadelede başarılı olarak ifade edilen ülkelerin aldığı mali önlem paketlerine kısaca değinecek olursak (IMF, 2020):

* **Almanya:** mali önlemler kapsamında yapılan ek harcamlar ve vazgeçilen gelirler toplamı, 316 milyar ABD Doları (GSYİH’nin %8.3’ü) iken bunların 26 milyar ABD Doları sağlık sektörü için harcanırken, 289 milyar ABD doları sağlık dışı sektörlere harcanmıştır. Ayrıca GSYİ’nin %30.8’ine denk gelen 1,116 milyar ABD Doları tutarında likidite desteği yapılmıştır.
* **Yeni Zelenda:** 37.6 milyar ABD doları toplam ek harcama ve vazgeçilen gelir GSYİ’nin %19.5’ini oluşturmaktadır. Bunun sadece 0.5 milyar ABD doları sağlık sektörü için harcanırken sağlık kalan kısmı (37.1 milyar doları) sağlık dışı sektörler için harcanmıştır. Ekonomiye sağlanan likidite desteği ise 7.9 milyar ABD dolarıdır (GSYİH’nin %4.1’i).
* **Güney Kore:** GSYİH’nın %10.3’ünü yani 164 milyar ABD dolarını likidite desteğine ayıran Güney Kore, 4 milyar dolar sağlık sektörü, 51 milyar dolar da sağlık dışı sektörler için (ikisinin toplamı GSYİH’nin %3.5’I) harcama yaparken 28 milyar dolar gelirinden (GSYİH’nin 1.7’si) de vazgeçmiş ya da ertelemiştir.
* **İsviçre:** 2.8 milyar ABD doları sağlık sektörü, 31 milyar dolar da sağlık dışı sektörler için olmak üzere toplam 33.8 milyar ABD doları (GSYİH’nin % 4.8’i) ek harcama yapmıştır. 45.2 milyar ABD doları da (GSYİH’nin %6.4’ü) likidite desteğine ayırmıştır.
* **Japonya:** 48 milyar ABD doları sağlık sektörü, 508 milyar doları da sağlık dışı sektörler için omak üzere toplma 555 milyar dolar (GSYH’nin %11.3’ü) ek harcama yapmış ve 243 milyar dolar (GSYİH’nin %4.9’u) gelirini de ertelemiştir. GSYİH’nin %23.7’si kadar (1163 milyar dolar) likidite desteği açıklamıştır.

Türkiye ise sağlık sektörü için 2 milyar ABD doları, sağlık dışı sektörler için 3 milyar ABD doları ek harcama yapmış (GSYİH’ye oranı % 0.8) ve 10 milyar ABD doları (GSYİH’ye oranı % 1.5) gelirini ertelemiştir. Ayrıca 84 milyar ABD doları (GSYİH’nin %13’ü) likidite desteği sağlanmıştır (IMF, 2020). Salgınla mücadelede en başarılı ülkelerden biri olarak sürekli öne çıkan Almanya ile Türkiye açısından bir karşılaştırma yapabilmek adına aşağıda Almanya ve Türkiye tarafından alınan mali önlemler ayrıntılı bir şekilde açıklanacaktır.

**3.1 Almanya’nın Aldığı Mali Önlemler**

İlk Kovid-19 vakasının 27 Ocak 2020’de ortaya çıktığı Almanya’da virüsün yayılmasını önlemek için, sınırların kapatılması, okulların ve zorunlu olmayan işletmelerin kapatılması, halka açık toplantıların yasaklanması, sosyal mesafe ve maske kullanımına yönelik bir dizi önlem alınmıştır. Aldığı önlemler sonucunda Nisan başından sonra istikrarlı bir şekilde düşen vaka sayıları, Temmuz sonundan buyana yeniden yükselişe geçmiş ve önceki seviyelerin üzerine çıkmıştır. Artan ölüm oranlarının, benzer ülkelerle karşılaştırıldığında genellikle daha düşük olduğu ifade edilmektedir (IMF, Policy Tracker).

Yükselen ikinci enfeksiyon dalgasına karşı, Kasım ayı için ülke çapında restoranlar, barlar, eğlence, spor ve kişisel hizmet sağlayıcıları kapatılmış ancak okullar açık bırakılmıştır. Özel toplantılar, iki haneden en fazla 5 kişi ile sınırlandırılmıştır. Zorunlu olmayan seyahatlerin kesinlikle yapılmaması ve otellerin turistlere konaklama imkanı sunmaması tavsiye edilmiştir. Bu kapanma önlemleri 10 Ocak’a kadar uzatılmıştır. 16 Aralık'tan bu yana, sürekli yüksek enfeksiyon oranları ve artan ölüm oranları nedeniyle kapanma önlemleri sıkılaştırılmıştır. Okullar ve kreşler gibi gerekli olmayan tüm dükkanlar, en az 10 Ocak 2021 tarihine kadar kapatılmıştır. Bazı eyaletler ayrıca gece sokağa çıkma yasakları getirmiş ve 5 Ocak'ta, kapanma önlemleri Ocak ayı sonuna kadar uzatılmıştır (IMF, Policy Tracker).

COVID-19 kriziyle mücadele etmek ve ardından toparlanmayı desteklemek için Alman federal hükümeti iki ek bütçe kabul etmiştir. Bunlardan ilki, Mart ayında açıkladığı ve GSYİH’nin %4,9’una tekabül eden 156 milyar Euro tutarındaki ek bütçe; ikincisi de Haziran ayında açıkladığı ve GSYİH'nin yüzde 4'üne denk gelen 130 milyar Euro’luk ek bütçedir. Söz konusu ek harcama paketlerini finanse etmek için bu yıl 218,5 milyar Euro borçlanılacağı planlanmaktadır. Mart ayında açıklanan paket kapsamında alınan erken önlemler (IMF, Policy Tracker):

1. Sağlık ekipmanı, hastane kapasitesi ve Ar-Ge (aşı) için harcama,
2. İşlerini ve çalışanların gelirlerini korumak için daha fazla kısa çalışma ödeneği ("Kurzarbeit"), düşük gelirli aileler ve serbest meslek sahipleri için temel gelir desteğine daha kolay erişim,
3. Kovid-19 salgınından ciddi şekilde etkilenen küçük işletme sahiplerine ve serbest meslek sahiplerine 50 milyar Euro hibe, ayrıca yeni başlayanlar için yıl sonuna kadar faizsiz vergi ertelemeleri ve 2 milyar Avro risk sermayesi fonu,
4. Geçici olarak uzatılmış işsizlik sigortası süresi ve aile izni yardımları.

Haziran ayındaki teşvik paketi ise geçici bir KDV indirimi, aileler için gelir desteği, güçlü KOBİ'ler için hibeler, yerel yönetimler için mali destek, ihracatçılar ve ihracat finansmanı bankaları için genişletilmiş kredi garantileri ve yeşil enerji ve dijitalleşmeye yönelik sübvansiyon ve yatırımlardan oluşmaktadır. Ayrıca Ağustos ayında hükümet, kısa çalışma ödeneklerinin, maksimum süresini 12 aydan 24 aya çıkarmıştır (IMF, Policy Tracker).

Söz konusu iki ek harcama paketinin yanı sıra yeni oluşturulan ekonomik istikrar fonu (WSF) ve kamu kalkınma bankası KfW aracılığıyla hükümet, farklı büyüklükteki firmalar, kredi sigortacıları ve kar amacı gütmeyen kuruluşlar için mevcut garantilerin hacmini ve kamu garantilerine erişimi genişletmektedir. Bu kuruluşlardan bazıları, toplam hacmi en az 757 milyar Euro (GSYİH'nın yüzde 24'ü) artırarak yüzde 100'e kadar garantiye hak kazanmıştır. WSF ve KfW, stratejik öneme sahip firmalara kamu sermayesi enjeksiyonu için gerekli araçları da kapsamaktadır (IMF, Policy Tracker).

Federal hükümetin mali paketine ek olarak, birçok yerel yönetim (Eyaletler ve belediyeler) kendi ekonomilerini desteklemek için kendi önlemlerini açıklamışlardır. Bunlar, doğrudan destek olarak 141 milyar Euro ve eyalet düzeyinde sağlanan kredi garantilerinde kabaca 70 milyar Euro tutarındadır (IMF, Policy Tracker).

İkinci Kovid enfeksiyonları dalgasıyla mücadele için yenilenen kapanmaya paralel olarak, hükümet, gelir tazminatı (yüzde 75'e kadar), kamu kredi garantileri ve temel gelir sağlama dahil olmak üzere etkilenen işletmeleri desteklemek için ek mali önlemler getirmiş ve mevcut olanları iyileştirmiştir (IMF, Policy Tracker).

Söz konusu mali önlemlere ek olarak Almaya, bir takım parasal ve makro-finansal önlemler de almıştır. Bu kapsamda yetkililer, ulusal gözetim altında Alman bankalarına, Alman Merkez Bankası (ECB) tarafından yayınlanan tüm düzenleyici ve operasyonel yardımları genişletmiştir. Avro bölgesi düzeyindeki önlemlere ek olarak: (i) bankalar için karşı döngüsel sermaye tamponunun yüzde 0,25'ten sıfıra gevşetilmesi; (ii) refinansmana ilave 100 milyar €, ticari bankalarla ortaklık halinde kamu kalkınma bankası KfW aracılığıyla şirketlere genişletilmiş kısa vadeli likidite tedariği; ve (iii) önceki Mali İstikrar Fonu'nun yapısını takiben, daha büyük etkilenen şirketlerin öz kaynaklarını doğrudan elde etmek ve sermaye konumlarını güçlendirmek için WSF içinde 100 milyar € tahsis edilmiştir. COVID-19 krizinden mali olarak etkilenen aileler için 15 Mart'tan önce kurulan tüketici kredilerinin 30 Haziran 2020'ye kadar üç aylık bir ödeme ertelemesi yapılmıştır. KfW garantileri kapsamında verilen krediler, borç verenlerin kendi fon gereksinimi, kaldıraç oranı ve yüksek risk limitinin hesaplanmasından muaftır (IMF, Policy Tracker).

IMF’nin Mali İşler Departmanı tarafından Nisan ve Ekim aylarında olmak üzere yılda iki kez hazırlanan mali izleme (fiscal monitör), Kovid-19 salgınına yanıt olarak ülkelerin aldığı mali önlemleri raporladığı yayınında[[5]](#footnote-5) Almanya’nın aldığı mali önlemler şu şekilde özetlenmiştir (IMF, 2020):

* Sağlık sektöründe, hastane kapasitesi, tıbbi ekipman, araştırma ve bilgilendirme kampanyaları için 23 milyar € ek harcama ayrılmıştır.
* Sağlık dışındaki alanlarda ise (salgından etkilenen küçük işletmelere ve serbest meslek sahiplerine verilen hibeler, çocuk bakımına ve temel sosyal güvenlik yardımlarına erişimin artması, etkilenen kiracılara geçici yardım, aileler için gelir desteği, dijital yatırımları teşvik ve kısa çalışma ödenekleri) 223 Milyar Avro ek harcama yapılmıştır.
* KOBİ’ler için geçici KDV indirimi ve diğer vergi indirimleri ile 30 Milyar € gelirden vazgeçilmiştir.
* Ayrıca 600 milyar Avroluk bir ekonomik istikrar fonu (WSF) kurulmuştur. Salgından önemli ölçüde etkilenen şirketlere yönelik, 100 milyar Avro devlet öz sermaye yatırımları ve Alman Kalkınma Bankası (KfW)’nın mevcut programlarına erişimi olmayan firmaları finanse etmek için KfW’ye 100 milyar € kredi imkanı sağlanmıştır. 600 milyar Avroluk ekonomik istikrar fonu (WSF) şu üç bileşenden oluşmaktadır:

1. Önemli ölçüde etkilenen şirketlerdeki devlet öz sermaye yatırımları için 100 milyar Avro;
2. KfW'nin mevcut programlarına erişimi olmayan etkilenen firmaları finanse etmek için devlet kalkınma bankası KfW'ye 100 milyar € kredi;
3. Likidite darboğazlarını hafifletmek ve yeniden finansmanı desteklemek için finansal olmayan şirketlere ek devlet garantileri sağlamak için 400 milyar Avro.

* Mevcut KfW programlarının yeni ve genişletilmesi için, federal hükümetin garanti çerçevesi 357 milyar € artırılmıştır. Eyalet hükümetleri tarafından sağlanan toplam garantiler 63 milyar € artırılacaktır.

3 Ocak'ta 5700 olan vaka sayısı, 19 Ocak'ta 4930’a düşmüş ve yoğun bakım hastalarının sayısında bir azalma yaşandığını söyleyen yoğun bakım uzmanları, “ihtiyatlı bir iyimserlik” içinde olduklarını ifade etmişlerdir. Ocak sonuna kadar uzatılan kapanma önlemleri de yeni bir karar ile 14 Şubat’a kadar uzatılmıştır (deutschland.de).

**3.2 Türkiye’nin Aldığı Mali Önlemler**

Salgın, ülkelerin sağlık sistemlerini ve sosyal yapılarını etkilediği gibi ciddi ekonomik sorunları da beraberinde getirmiştir. Bu nedenle salgının yayılmasını önlemek ve tedavi ile ilgili önlem ve tedbirlerin yanı sıra ekonomik hayatın düzeni açısından da önemli finansal tedbirler alınmaktadır. Bu kapsamda Türkiye’de açıklanan “Covid-19 Ekonomik İstikrar Kalkınma Paketi” kapsamında ve sonrasında ekonomiye yönelik alınan tedbirler şunlardır (HMB, 2020a):

* Yaklaşık 53,6 milyar TL’lik muhtasar, KDV ve sosyal güvenlik primi tahsilatı ertelenmiştir.
* Mücbir sebep halinden yararlanacağı duyurulan sektörlerde faaliyet gösteren mükelleflere ek olarak tüm gelir vergisi mükellefi 1,9 milyon kişi de mücbir sebep hali kapsamına alınmıştır.
* Otel kiralamalarına ilişkin irtifak hakkı bedelleri ve hasılat payı ödemeleri, Nisan, Mayıs ve Haziran ayları için 6 ay süreyle ertelenmiştir.
* COVID-19 salgınıyla ilgili tedbirlerden etkilendiği için nakit akışı bozulan firmaların, bankalara olan kredi anapara ve faiz ödemeleri asgari 3 ay ötelenmiş ve gerektiğinde bunlara ilave finansman desteği sağlanacağı duyurulmuştur.
* Kamu bankaları tarafından, aylık 5 bin tl’nin altında geliri olan herkese temel ihtiyaç desteği sağlanmasına yönelik paket açıklanmıştır.
* Salgından etkilenen tüm firmalara, çalışan sayılarında azaltma yapılmaması ön koşulu ile “işe devam kredi desteği” sağlanacaktır.
* Halkbank tarafından tüm esnaflar için “işletme ve finans desteği” ile “paraf esnaf kart desteği” paketleri hayata geçirilmiştir. Ayrıca kredi faizleri ertelenerek, esanaf ve sanatkarların yaklaşık 90 milyon TL tutarında faizi yükü hafifletilmiştir.
* BDDK’nın almış olduğu karara göre kredi ödemelerindeki gecikmelere esneklik tanınarak, gecikmeye giren kredilerin takip hesaplarına aktarılmadan önce 90 gün olan bekleme süresi 180 güne çıkarılmış̧, böylece takip aktarım süresi uzatılmıştır.
* Hazine Destekli Kredi Garanti Sistemi kapsamında yasal kaynak miktarı 25 milyar liradan 50 milyar liraya çıkarılarak, finansmana erişimde teminat sıkıntısı yaşayan küçük büyük tüm işletmelerin açılacak paketler dahilinde toplamda 450 milyar TL’den fazla kredi imkanından yararlanması sağlanmıştır.
* 500 bin Türk lirasının altındaki konutlarda kredilendirilebilir miktar, yüzde 80’den yüzde 90’a çıkarılarak, asgari peşinat yüzde 10’a düşürülmüştür.
* Korona virüs etkisiyle Nisan, Mayıs ve Haziran aylarında temerrüde düşen firmaların kredi siciline “mücbir sebep” notu düşülmesi kararlaştırılmıştır.
* Asgari ücret desteği kapsamında işletme büyüklüğüne bakılmaksızın 75 TL olarak 12 ay süresince yaklaşık 7,8 milyon kişinin desteklenmesi planlanmıştır.
* Kamu sektörü ve özel sektörde esnek ve uzaktan çalışma modeli desteklenmiştir.
* İşten çıkarmaların önüne geçmek için kısa çalışma ödeneği kapsamında çalışanlara üç ay maaş desteği sunulmuştur.
* En düşük emekli maaşı, 1000 TL’den 1500 TL’ye çıkarılmış ve Ramazan ayı ikramiyesi Nisan başında ödenmiştir. Ayrıca kamu bankalarının, emeklilerin maaş ödemelerini istedikleri takdirde evlerine yapacağı bildirilmiştir.
* Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı’nın belirlediği kriterlere göre ihtiyaç sahibi ailelere yapılacak nakdi yardımlar için ilave 2 milyar liralık bir kaynak ayrılmıştır.
* Haksız fiyat artışı ve stokçuluk şikayetleri MASAK ve VDK ekiplerince inceleme altına alınmıştır.
* Vergi beyanname verme ve tahakuk eden vergiyi ödeme süreleri ertelenmiştir. 65 yaşın üzerinde ve kronik rahatsızlığı nedeniyle sokağa çıkamayacak olan vergi mükelleflerinin beyanname ve ödemeleri yasağın sonuna kadar ertelenmiştir.
* Belediyelerin aylık vergi payı ödemelerinde borçlarına karşılık yapılan 3 milyar TL’lik 3 aylık (Nisan-Mayıs-Haziran) kesinti yapılmayacaktır.
* Devlet destekli alacak sigortası kapsamı 25 milyon TL’den 125 milyon TL’ye çıkartılarak KOBİ’lerin alacakları garanti altına alınmıştır.
* İl özel idarelerinin, belediyelerin ve bağlı kuruluşların mülkiyetinde veya tasarrufunda olup kiraya verilen taşınmazlara kira ödemeleri konusunda destek ve esneklik sağlanmıştır.
* Teknoloji geliştirme bölgesinde yer alan firmalardan ve Ar-Ge ve tasarım firmalarından 2 ay boyunca kira alınmaması yönünde talimatlar verilmiştir.
* Tüm sağlık çalışanları için performans ödemelerinin 3 ay boyunca en üst seviye olan tavandan yapılması kararlaştırılmış ve bunun için 4,5 milyar TL ek kaynak sağlanmıştır. Üniversite hastanelerinde çalışanlarında performans ödemelerinin üç ay boyunca tavandan yapılacağı ve bunun için de1,2 milyar TL ek destek sağlanacağı duyurulmuştur.
* 32 bin sağlık personeli alımı yapılacağı duyurulmuştur.
* 1 Nisan – 31 Aralık 2020 tarihleri arasında konaklama vergisi uygulanmayarak turizm sektörünün olumlu olarak etkilenmesi hedeflenmiştir.
* Yurt içi havayolu taşımacılığında 3 ay süreyle KDV oranını % 18’den % 1’e indirilmiştir.

Türkiye’de Kovid-19 ile mücadelede alınan tedbirlere yönelik ek harcamalar ve vazgeçilen gelirler toplamı, 494 milyar TL’ye ulaşmış ve bileşenleri Tablo 3.2.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 3.2.1** Türkiye’nin Aldığı Mali Önlemlerin Toplam Tutarı

|  |  |
| --- | --- |
| **Ödeme Türleri** | **(Milyar TL)** |
| Kullandırılan Kredi Toplamı | *267,4* |
| Sosyal Destek Programı | 6,2 |
| Kısa Çalışma Ödeneği | *18,7* |
| Nakdi Ücret Desteği | 4,4 |
| İşsizlik Ödeneği | *3,6* |
| Biz Bize Yeteriz Türkiye’m Kampanyası | 2 |
| SGK-Bağkur Prim Erteleme | *40* |
| Vergi Ertelemeleri | 29,4 |
| Kredi Ertelemeleri | *122,3* |

**Kaynak:** HMB, (2020b).

Finansal piyasaların, kredi kanalının ve firmaların nakit akışının kesintisiz ve sağlıklı bir şekilde işlemeye devam etmesi ülke ekonomilerinin salgından sonra toparlanabilmesi için büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda, 17 Mart 2020 tarihli Para Politikası Kurulu toplantısında politika faiz oranı 100 baz puan indirilerek %9,75 seviyesine getirilmiştir. Bu karara ek olarak, 17 Mart, 31 Mart ve 17 Nisan 2020 tarihlerinde korona virüsün ekonomik ve finansal etkilerini sınırlamak amacıyla alınan tedbir paketleri duyurulmuştur (TCMB).

Alınan tedbirler ile dört ana amaca odaklanılmaktadır (TCMB):

* **Bankalara Türk lirası ve yabancı para likidite yönetiminde esneklik sağlamak:** Gün içi ve gecelik vadedeki hazır imkânlar çerçevesinde bankalara tüm likiditenin sağlanacağı duyurulmuştur. 1 hafta vadeli repo ihalelerine ek ihtiyaç duyulan günlerde piyasaya 91 gün vadeye kadar repo ihaleleriyle likidite sağlanabileceği ifade edilmiştir. Piyasa Yapıcı bankalara tanınan Açık Piyasa İşlemleri (APİ) likidite imkânı limitlerinin artırılacağı açıklanmıştır. 1, 3 ve 6 ay vadeli geleneksel yöntemle gerçekleştirilen ABD doları karşılığı swap ihalelerine ek euro ve altın karşılığı swap ihalelerine başlanmıştır. Varlığa Dayalı Menkul Kıymetler ve İpotek Teminatlı Menkul Kıymetler teminat havuzuna dâhil edilmiştir.
* **Reel sektöre kredi akışının kesintisiz devamını sağlamak ve ihracatçı firmaları desteklemek:** Reel kredi büyüme koşullarını sağlayan bankalar için yabancı para zorunlu karşılık oranları 500 baz puan indirilmiştir. 17 Mart 2020 tarihinde bankalara hedefli ilave likidite imkânı tanınacağı ifade edilmiş, 31 Mart 2020 tarihinde bu imkânların limitlerinin artırılmasına karar verilmiştir. 91 gün vadeye kadar repo ihaleleri yoluyla bir hafta vadeli repo ihale faiz oranının 150 baz puan altında faiz oranı üzerinden miktar ihalesi yöntemiyle Türk lirası likidite sağlanacaktır. Miktar ihalesi yöntemiyle 1 yıl ve 6 aylık vadelerde döviz karşılığı Türk lirası swap ihaleleri düzenlenerek ilgili bankalara bir hafta vadeli repo ihale faiz oranının sırasıyla 100 baz puan ve 125 baz puan altında faiz oranı üzerinden ABD doları, euro veya altın karşılığı Türk lirası likidite sağlanacaktır.
* **Reeskont kredi düzenlemeleriyle ihracatçı firmaların nakit akışını desteklemek:** 18 Mart 2020 tarihinden 30 Haziran 2020 tarihine kadar vadesi gelecek reeskont kredisi geri ödemelerinin vadesi 90 güne kadar uzatılmıştır. Hâlihazırda kredi taahhüdü açık olan reeskont kredileri ile 18 Mart 2020 tarihinden 30 Haziran 2020 tarihine kadar kullanılacak reeskont kredilerine 12 ay ek taahhüt kapama süresi verilmiştir. Mevcut reeskont kredisi azami vadeleri, 20 Mart 2020 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere, kısa vadeli kullanımlar için 120 günden 240 güne, daha uzun vadeli kullanımlar için ise 720 güne çıkarılmıştır. Mal ve hizmet ihracatçısı firmalara Türk lirası cinsi ihracat ve döviz kazandırıcı hizmetler reeskont kredisi imkânı tanınmıştır. Krediler için toplam limit 60 milyar Türk lirasıdır.
* **Devlet İç Borçlanma Senetleri (DİBS) piyasası likiditesini destekleyerek parasal aktarım mekanizmasını güçlendirmek:** APİ portföyü doğrudan alım işlemlerinin önden yüklemeli olarak gerçekleştirilebileceği ve gerektiğinde limitlerin piyasa koşullarına göre güncellenebileceği belirtilmiştir. 17 Nisan 2020 tarihinde, 2020 yılı Para ve Kur Politikası metninde 2020 yılı için TCMB analitik bilanço aktif toplamının azami %5’i olarak belirlenmiş olan APİ portföyü nominal büyüklüğünün, TCMB analitik bilanço aktif toplamına oranı azami %10 olarak güncellenmiştir. 31 Mart 2020 tarihinde geçici bir süre için Piyasa Yapıcı bankalara, İşsizlik Sigortası Fonu’ndan satın aldıkları DİBS’leri TCMB’ye satma imkânı veya APİ çerçevesinde tanınan likidite imkânını artırma olanağı sağlanmıştır. Bu çerçevede 17 Nisan 2020 tarihine kadar yaklaşık 15,6 milyar Türk lirası tutarında kıymet alımı gerçekleştirilmiş olup alımlara dair veriler kamuoyu ile paylaşılmaktadır. 17 Nisan 2020 tarihinde Piyasa Yapıcı bankalar için tanınan TCMB’ye doğrudan DİBS satım imkânına ilişkin limitlerin, repo işlem limitlerinden bağımsız olarak uygulanmasına ve Piyasa Yapıcı bankalara repo işlem limitlerine eşit büyüklükte DİBS satım limiti tanımlanmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda gerçekleştirilecek DİBS alımları, APİ portföyü için belirlenen %10’luk toplam limit dâhilinde olacaktır. Miktar ihalesi yöntemiyle alımı gerçekleştirilecek olan DİBS’ler ve alım miktarları TCMB tarafından belirlenecektir.

**Sonuç**

Sağlığın bir kamu malı olduğunu ve kamu sektörünün sağlık alanına müdahalesinin kaçınılmaz olduğunu ortaya koyan gerekçeleri ele aldık. Buna göre piyasa başarısızlıklarının varlığı, kamu mallarının sahip olduğu önemli dışsallıklar ve gelir eşitsizliği, devletin sağlık sektörüne müdahalesinin en temel gerekçelerini oluşturmaktadır.

Bulaşıcı hastalıklar, insandan insana bulaşabilen her türlü hastalığı kapsamaktadır. Bulaşıcı hastalıkların belirli bir bölgeyi, ülkeyi ya da Kovid-19 salgınında olduğu gibi tüm dünyayı tehdit eden olumsuz dışsallıklarının yanında bu gibi hastalıkların yayılmasını önlemek, aşılama programları ile hastalığa karşı bağışıklık kazandırma programları gibi uygulamaların pozitif dışsallık yaydığı bilinmektedir. Hastalığın önlenmesi, kamu yararı sağladığı için devletin bulaşıcı hastalıkların takibi ve önlenmesi için gerekli önlemleri alması gerekmektedir.

Faydasının tüm topluma yayıldığı ve bu faydadan kimsenin dışlanamadığı, fiyatlandırılamayan dolayısıyla da pazarlanamayan mallar **kamusal mal** olarak adlandırılırken, kamusal malların tüm özelliklerini taşıyan ancak faydası belli bir bölgeye ya da ülkeye değil, tüm dünyaya yayılan mallar ise **küresel kamusal mal** olarak adlandırılmaktadır. Tüm dünyanın mücadele etmekte olduğu Kovid-19 salgınından çıkarmamız gereken en önemli ders, sağlığı küresel kamusal mal olarak sahiplenmek ve bütün insanların sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde faydalanabilmesi için küresel işbirliğini desteklemek olmalıdır. Bu açıdan salgınla mücadele sürecinde küresel işbirliğinin en güzel örneklerinden olan “*The Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator* “ Dünya Sağlık Örgütü, Fransa, Avrupa Komisyonu ve Bill & Melinda Gates Vakfı’nın öncülüğünde Nisan 2020’de kurulmuştur. Kovid-19 araçlarına erişimi hızlandırıcı (ACT), teşhis, tedavi, aşılar ve sağlık sistemi olmak üzere dört temel faaliyet alanı üzerinden yürüttüğü çalışmalar ile dünya genelinde salgının sona ermesini hızlandırmak için çalışmalar yürütmektedir. Özellikle bu çalışmalar kapsamında geliştirilen COVAX, çok çeşitli COVID-19 aşı adaylarının araştırma, geliştirme ve üretimini destekleyerek ve fiyatlarını müzakere ederek, gelir düzeylerine bakılmaksızın katılımcı ülkelerin aşıya erişimini hızlandırmayı amaçlamaktadır. Söz konusu çalışmalar, sağlık hizmetlerine erişimi küresel düzeyde eşitlikçi hale getirmek için uluslararası işbirliğinin geleceği açısından umut vadetmektedir.

Kovid-19 ile mücadele sürecinde, hükümetlerin toplumun sosyal ve ekonomik tüm alanlarında ne kadar etkin olduğunu ve müdahale sınırlarının ne kadar genişleyebileceğini tecrübe ettik. Sağlık için alınan önlemlerin yanı sıra ekonomik düzenin tahsisi için devasa kurtarma paketleri açıklanmıştır.

Bu kapsamda salgının başından beri en başarılı ülkeler arasında adından sıkça bahsedilen Almanya, GSYİH’nin %8.3’üne denk gelen 316 milyar ABD dolarını sağlık ve sağlık dışı sektörler için ek harcama paketlerine, GSYİ’nin %30.8’ine denk gelen 1,116 milyar ABD dolarını da likidite destek paketlerine ayırmıştır. Yeni Zelenda’nın 37.6 milyar ABD doları toplam ek harcama ve vazgeçilen gelirleri toplamı, GSYİ’nin %19.5’ine denk gelirken, 7.9 milyar ABD doları da (GSYİH’nin %4.1’i) likidite destek paketi açıklamıştır. Güney Kore, GSYİH’nın %10.3’ünü yani 164 milyar ABD dolarını likidite desteğine ayırırken, 55 milyar dolar sağlık (GSYİH’nin %3.5’i) ek harcama yapmış ve 28 milyar dolar gelirini (GSYİH’nin 1.7’si) de ertelemiştir. İsviçre, 33.8 milyar ABD doları (GSYİH’nin % 4.8’i) ek harcama yapmış ve 45.2 milyar ABD doları da (GSYİH’nin %6.4’ü) likidite desteğine ayırmıştır. Japonya, 555 milyar dolar (GSYH’nin %11.3’ü) ek harcama yapmış ve 243 milyar dolar (GSYİH’nin %4.9’u) gelirini de ertelemiştir. Ayrıca GSYİH’nin %23.7’si kadar (1163 milyar dolar) likidite desteği açıklamıştır. Türkiye ise 5 milyar ABD doları ek harcama yapmış (GSYİH’ye oranı % 0.8) ve 10 milyar ABD doları (GSYİH’ye oranı % 1.5) gelirini ertelemiştir. Ayrıca 84 milyar ABD doları (GSYİH’nin %13’ü) likidite desteği sağlanmıştır.

Açıklanan ekonomik destek paketlerinin önemli çoğunluğunun, ekonomik faaliyetlerin devamlılığını sağlamak ve salgından sonra ekonominin toparlanmasını kolaylaştırmak için nakit akışının devamlılığını sağlamaya yönelik olduğu söylenebilir. Hükümetlerin aldıkları mali önlemler ve salgının yayılmasını önlemek adına özgürlüğü kısıtlamak pahasına aldıkları önlemler, hükümetin ekonomideki rolünü ön plana çıkarmış ve müdahale alanlarını genişletmiştir. Ancak bazı ülkelerin yeterli kaynağa sahip olmadığı için özellikle sağlık alanında gerekli harcamaları yapamaması, salgının sona ermesini geciktirecektir. Bu nedenle küresel işbirliğinin desteklenerek az gelişmiş ülkelerin de tedavi ve aşı ihtiyaçlarının karşılanması gerekmektedir.

**KAYNAKÇA**

Akdemir, T. ve Karakurt, B. (2009), “**Sağlık Hizmetlerinde Devletin Değişen Rolü Ve Özel Sağlık Kurumlarının Düzenleyici Görevleri**”, *24. Türkiye Maliye Sempozyumu*, Antalya.

Altay, A. (2007), “**Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi**”, Sayıştay Dergisi, 18 (64): 33-58.

Bayındır, S. (2007), “**Sağlık Hizmetlerinde İdarenin ve Hekimlerin Sorumluluğu**”, *Gazi Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi,* 11 (1-2): 551-589.

Edizdoğan, N., Çetinkaya, Ö. ve Gümüş, E. (2017), ***Kamu Maliyesi****.* Ekin Yayınevi, Bursa.

Erol, H. ve Özdemir, A. (2018), “**Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkileri**”, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi,* CEEİK 2018 Özel Sayı, 119-146.

Gediz Oral, B. (2014), “**Sağlık Hizmetlerinin Küresel Kamusal Mal Olarak Değerlendirilmesi: Uluslararası Örgütler**”, *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 51 (588): 79-96.

HMB, (2020a), “**Covid-19 Ekonomik İstikrar Kalkanı Paketi**”, <http://www.isim.org.tr/content/upload/attached-files/covid-19-ekonomik-istikra-20200414170956.PDF>.

HMB, (2020b), “**Yeni Ekonomi Programı 2021-2022-2023**”, <https://www.hmb.gov.tr/>.

IMF, (2020), “**Fiscal Monitor Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic**”, *IMF Fiscal Affairs Department*, October, 2020.

Kelly, H. (2011), “**The classical definition of a pandemic is not elusive**”, *Bulletin of the World Health Organization*, Past issues, Volume 89:(7), 469-544.

Lee, K. ve Owen, J. W. (2008), “**Effective Governmental Responses To Communicable Disease Challenges İn Transitional Societies**”, *Health Systems and the Challange of Communicable Disease: Experiences from Europe and Latin America, European Observatory on Health Systems and Policies Series*, 47-60.

Lucchese, M. ve Pianta, M. (2020), “The Coming Coronavirus Crisis: What Can We Learn?”, *Intereconomics*, 55: 98-104, DOI: 10.1007/s10272-020-0878-0.

OECD, (2020a), “**Coronavirus: The world economy at risk**”, *OECD Interim Economic Assessment,* 2 March 2020.

Stiglitz, J. E. (2012), ***Eşitsizliğin Bedeli****,* (Çev. O. İşler), İletişim Yayınları, İstanbul.

Stigltiz, J. E. ve Rosengard, J. S. (2015), ***Economics of The Public Sector,*** W. W. Norton Company, Inc., New York, London.

TCMB, (2020) “**Koronavirüsün Olası Ekonomik ve Finansal Etkilerine Karşı Alınan Tedbirlere İlişkin Basın Duyurusu**” 17 Mart 2020, Sayı: 2020-16.

Yardım, M. ve Parlak, M. (2020), “**Covıd-19 Pandemisinin Bizi Getirdiği Nokta: Küresel Kamu Malı Kavramı ve Uluslararası Yönetişim ve Finansmanı Konusunda Sorunlar**”, *Sağlık ve Toplum Özel Sayı,* Temmuz, 133-136.

WHO, (2006), “**The Role of Government in Health Development**”, *WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean*, EM/RC53/Tech.Disc.1, July 2006.

Valiyeva, K. (2020), “**Covid-19 İle Ulus Devleti Yeniden Düşünmek**”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Sosyal Bilimler Özel Sayısı*, Yıl:19 Sayı:37 Bahar (Özel Ek): 390-403.

Yılmaz, B. E. ve Yaraşır, S. (2012), “**Bir Küresel Kamusal Mal Olarak Sağlık ve Finansmanında Resmi Kalkınma Yardımlarının Rolü**”, *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları Dergisi*, Sayı: 55, 1-33.

**İnternet Kaynakları:**

birgun.net, <https://www.birgun.net/haber/pandemi-nedir-epidemi-arasindaki-fark-ne-291446> (Erişim tarihi: 03.01.2021).

deutschland.de, <https://www.deutschland.de/en/news/coronavirus-in-germany-informations> (Erişim tarihi: 22.01.2021

dkv.global, <https://www.dkv.global/covid-safety-assessment-250-list> (Erişim Tarihi: 20.01.2021).

hmb, <https://www.hmb.gov.tr/>, (Erişim tarihi: 20.01.2021).

IMF, Policy Tracker, <https://www.imf.org/en/9Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#G> (Erişim tarihi: 20.01.2021).

tr.euronews.com, <https://tr.euronews.com/2020/06/08/covid-19-salg-n-na-kars-en-guvenilir-ulkeler-hangileri-turkiye-kac-nc-s-rada> (Erişim Tarihi: 15.01.2021).

who.int, <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (Erişim tarihi: 03.01.2021).

who.int, <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19> (Erişim tarihi: 03.01.2021).

who.int, <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/about> (Erişim tarihi: 22.01.2021).

gavi.org, <https://www.gavi.org/> (Erişim tarihi: 22.01.2021).

1. Selçuk Üniversitesi Akşehir İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümü Mali İktisat Anabilim Dalı Arş. Gör. duygu.dundar@selcuk.edu.tr [↑](#footnote-ref-1)
2. (Bill & Melinda Gates Vakfı, CEPI, FIND, Gavi, The Global Fund, Unitaid, Wellcome, WHO ve Dünya Bankası) [↑](#footnote-ref-2)
3. Gavi, COVAX'ın küresel satın alma mekanizması olan COVAX Tesisi'nin geliştirilmesini ve uygulanmasını koordine etmektedir, daha detaylı bilgi için bakınız: <https://www.gavi.org/>. [↑](#footnote-ref-3)
4. Salgın Hazırlık Yenilikleri Koalisyonu (CEPI), gelecekteki salgınları durdurmak için aşılar geliştirmek üzere 2017 yılında başlatılan küresel bir ortaklıktır, daha detaylı bilgi için bakınız: <https://cepi.net/>. [↑](#footnote-ref-4)
5. “Database of Country Fiscal Measures in Response to the COVID-19 Pandemic”, <https://www.imf.org/en/Publications/FM/Issues/2020/09/30/october-2020-fiscal-monitor> (Erişim tarihi: 16.01.2021). [↑](#footnote-ref-5)